

療養費(はり・きゅう)支給申請書総括票

提出年月日:平成 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

施術所等の所在地
及び名称

代表者名

⑩

連絡先

区分	件数	施術に要した費用額(円)	請求額(円)
7割			
9割			
計			

(振込先)

金融機関名(コード)	
支店名(コード)	
種別	
口座番号	
口座名義(カナ)	

※団体等加入により、振込先が同一であるものは、当用紙にまとめて記入してください。